



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
POLÍCIA MILITAR
DIRETORIA DE SAÚDE



AUTO DECLARAÇÃO DE COR/ETNIA

Eu, _____,
portador (a) do RG nº _____ e do CPF _____,
residente e domiciliado (a) na cidade de _____, Rua
_____, declaro
para os devidos fins e sob as penas da lei em conformidade com a classificação do IBGE, que sou:

() Preto(a)

() Pardo(a)

() Indígena

Declaro estar ciente de que as informações que estou prestando são de minha inteira responsabilidade e que, no caso de declaração falsa, estarei sujeito às sanções previstas em lei, aplicando-se, ainda, o disposto no parágrafo único do Art. 10 do Decreto nº 83.936, de 6 de setembro de 1979.

Declaro estar ciente de que a omissão ou a apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes poderão implicar na eliminação do(a) candidato(a) do processo seletivo e ainda na rescisão do contrato administrativo de prestação de serviço.

Local _____.

Data ____/____/____.

Assinatura do candidato(a)